EXPOSÉ

DES

TITRES SCIENTIFIQUES

DE

M. GOSSELIN

DOCTEUR EN MÉDECINE,
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC.

Candidat à une place vacante à l'Académie des Sciences

(Section de médecine et de chirurgie)

Octobre 1873



SOMMAIRE

I. — Ouvrages.

1. Compendium de chirurgie pratique, en collaboration avec M. Denonvilliers. 3 vol. grand in-8.
2. Traité des maladies des yeux, en collaboration avec M. Denonvilliers. 1 vol. in-12, 1854.
3. Traité des maladies des testicules, par Curling, traduit de l'anglais avec additions et notes. 1 vol. in-8.
4. Leçons sur les hernies. 1 vol. in-8, 1865.
5. Leçons sur les hémorrhoïdes. 1 vol. in-8, 1866.
6. Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité. 2 vol. in-8, 1873.

II. — Mémoires originaux sur la pathologie chirurgicale.

1. Premier mémoire sur les oblitérations des voies spermatiques.
2. Deuxième mémoire sur le même sujet.
3. Recherches sur les kystes de l'épididyme et du testicule.
4. Mémoire sur l'orchite varioleuse.
5. Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle.
6. Mémoire sur l'opération de la cataracte par abaissement.
7. Mémoire sur le traitement de l'ophthalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil.
8. Du traitement de l'ophthalmie blennorrhagique par les instillations d'eau alcoolisée.
9. Mémoire sur l'origine, par contagion, des conjonctivites catarrhales.
10. Mémoire sur les ostéites épiphysaires des adolescents.
11. Mémoire sur la tarsalgie des adolescents.
12. Recherches sur les fractures en V des os longs.

13. Quatre mémoires sur l'étranglement des hernies.
14. Mémoire sur un nouveau mode de traitement des anus contre nature.
15. Mémoires sur les rétrécissements syphilitiques du rectum.
16. Sur les soins et l'hygiène des opérés et blessés.
17. Mémoire sur le traitement de l'ongle incarné.
18. Mémoires sur l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle.
19. Mémoires sur la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin et sur les déviations utérines.
20. Sur les causes de la mort subite par le chloroforme.
21. Mémoire sur les déchirures du poumon, sans fracture des côtes correspondantes.
22. Mémoires sur les tumeurs cirsoïdes artérielles.
23. Sur l'ostéomyélite putride.
24. Mémoire sur la périarthrite du genou.

III. — Mémoires originaux d'anatomie et de physiologie.

1. Sur les cartilages diathrodiaux et épiphysaires.
2. Sur les articulations temporo-maxillaire, sterno-claviculaire, fémoro-tibiale et radio-cubitale inférieure.
3. Sur la substance médullaire des os.
4. Sur les follicules synoviaux.
5. Sur les synoviales tendineuses des fléchisseurs des doigts.
6. Sur le degré de vascularisation de la substance séminifère dans ses rapports avec la sécrétion spermatique.
7. Sur la glande lacrymale.
8. Sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil.
9. Sur la durée du mouvement des cils vibratiles après la mort.
10. Sur l'orifice du sinus maxillaire.

ANALYSE

Pendant les longues années qu'il a passées dans les laboratoires d'anatomie, les amphithéâtres et les salles de malades, et qu'il a consacrées presque exclusivement à des travaux scientifiques, M. Gosselin a publié des mémoires ou des ouvrages dont les uns, originaux, font connaître une découverte ou un progrès en pathologie, en anatomie, en physiologie; dont les autres, didactiques, exposent l'état de la science. Dans cette notice, il insistera tout spécialement sur les premiers.

I. TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la pathologie et la clinique chirurgicales.

1° MALADIES DU TESTICULE ET DE LA TUNIQUE VAGINALE.

Premier mémoire sur les oblitérations des voies spermatiques. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XIV.)

Dans ce travail, qui a été récompensé par l'Académie des sciences en 1853, M. Gosselin a établi de la manière la plus péremptoire l'existence d'une lésion inconnue jusque-là, et dont

la connaissance jette un nouveau jour sur la physiologie et la pathologie de l'appareil spermatique.

Il a été conduit à la découverte de cette lésion par ses investigations anatomiques sur la structure du testicule, et notamment par l'emploi et la généralisation d'un mode d'injection peu employé jusque-là.

Lauth, A. Cooper, et tous les anatomistes qui ont cherché à démontrer, au moyen d'injections mercurielles, la structure de l'épididyme et du testicule, ont remarqué que, chez certains sujets, le tube restait, pendant des heures entières, adapté au canal déférent, sans que le métal pût franchir les premières circonvolutions de l'épididyme. Ils ont signalé ce fait comme singulier et inexplicable, et ils ont cru devoir prévenir de cette difficulté ceux qui entreprendraient des recherches du même genre. M. Gosselin, dans ses études sur la structure des testicules, a constaté aussi qu'un certain nombre de ces organes étaient rebelles à l'injection mercurielle. Pour s'assurer que le fait ne devait pas être attribué au mode d'injection, il a mis en usage un liquide plus pénétrant, savoir, l'essence de térébenthine colorée par le bleu de Prusse, et s'est servi d'un appareil dans lequel ce liquide est poussé par la pression d'une colonne de mercure. Cet appareil, qui avait été employé déjà pour d'autres injections, mais qui était à peine connu, est des plus commodes pour l'étude du testicule, par la facilité et la rapidité avec lesquelles l'essence de térébenthine remplit, sans causer de rupture, le canal de l'épididyme. Trouvant encore avec ce procédé qu'un certain nombre d'épididymes ne se laissaient pas franchir, l'auteur a été convaincu qu'il fallait l'attribuer à quelque condition matérielle. Poursuivant alors ses recherches avec le scalpel et le microscope, il est arrivé à pouvoir établir, sans objection possible, que, dans ces cas, le défaut d'injection tenait à l'imperméabilité de la queue de l'épididyme oblitérée. Conduit par le fait anatomique au fait clinique,

il en est venu à penser que cette imperméabilité était souvent consécutive à l'inflammation. De ces données fournies par l'anatomie et la pathologie, il a déduit pour la physiologie que la sécrétion testiculaire est en définitive beaucoup moins abondante qu'on ne le supposait habituellement, et que la petite quantité du liquide sécrété explique l'innocuité des rétentions permanentes du sperme dans ses voies excrétoires.

Deuxième mémoire sur l'oblitération des voies spermatiques et sur la stérilité consécutive à l'épididymite bilatérale. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série; septembre 1853.)

Ce mémoire est la confirmation clinique du précédent. M. Gosselin y prouve catégoriquement que certains malades, qui, à la suite de l'orchite double ou bilatérale, conservent une induration au bas des épididymes, fournissent un sperme dépourvu de spermatozoïdes, quoiqu'il n'y ait rien de changé dans les autres caractères de ce liquide, non plus que dans les fonctions génératrices et dans le volume des testicules, et que cette absence des spermatozoïdes est due à une oblitération des canaux déférents près de leur origine.

Lorsque l'oblitération devient permanente sur les deux testicules, elle occasionne la stérilité sans impuissance. Cette cause de stérilité était inconnue avant les travaux de M. Gosselin. Confirmée par ceux d'Ernest Godart, de MM. Robin, Curling et Liégeois, elle n'est contestée aujourd'hui par personne.

Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XVI; 1848.)

Ce mémoire est destiné d'abord à fixer l'attention des anatomistes sur de petites tumeurs placées au niveau et dans le voisi-

nage de l'épididyme, que Morgagni avait désignées sous le nom d'*hydatides*. Au lieu d'hydatides, ce sont de petits kystes qui se forment par les progrès de l'âge, et quelquefois à la suite des oblitérations précédemment indiquées; ils sont comparables aux petits kystes ovariens et péri-ovariens.

En outre, M. Gosselin décrit des kystes beaucoup plus volumineux, qui intéressent surtout les praticiens, parce qu'ils peuvent être et ont été plusieurs fois confondus avec l'hydrocèle. Ces grands kystes, indiqués d'une manière incomplète par les auteurs anglais, étaient inconnus en France; ils ont leur point de départ entre la tête de l'épididyme et le testicule, et renferment habituellement des spermatozoïdes, parce qu'ils ont probablement eu pour point de départ la rupture de l'un des conduits efférents. L'auteur prouve que les hydrocèles contenant des spermatozoïdes, dont on parlait depuis une vingtaine d'années, n'étaient autre chose que les kystes de ce genre.

M. Gosselin est revenu sur ce sujet dans une lettre publiée par *le Moniteur des hôpitaux* en 1853, et adressée à M. le professeur Sédillot, à la suite d'une communication faite par ce dernier à l'Académie des sciences sur l'hydrocèle spermatique.

Recherches sur une nouvelle variété d'oblitération des voies spermatiques. (*Gazette médicale*, 1850.)

L'auteur démontre ici, de la manière la plus évidente, que les grands kystes *sous-épididymaires* peuvent, en se développant, allonger et faire disparaître les vaisseaux efférents et intercepter ainsi toute communication entre le testicule et l'épididyme. De là l'indication d'opérer ces kystes avant qu'ils soient devenus très-volumineux.

De l'orchite parenchymateuse qui arrive dans le cours d'une variole ou orchite varioleuse. (Communication à la Société de Biologie en 1852.)

L'auteur a le premier fait connaître l'orchite varioleuse, et en a donné la démonstration anatomo-pathologique.

Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XXVII.)

Ce mémoire a pour objet d'éclaircir certaines maladies du scrotum jusque-là obscures, et dont le traitement embarrassait beaucoup de chirurgiens. L'auteur déduit de ses recherches anatomiques et cliniques que l'inflammation de la tunique vaginale, lorsque cette membrane contient un liquide qui empêche les deux feuillets de s'unir par des adhérences, a pour résultat de donner lieu à la formation d'une fausse membrane sur le feuillet pariétal; que cette fausse membrane peut devenir très-épaisse; qu'au début de sa formation les vaisseaux sanguins qui y prennent naissance peuvent se rompre, laisser tomber du sang, et produire ainsi ces hématocèles presque spontanées dont on ne pouvait se rendre compte; que, dans les cas où elle est épaisse, la fausse membrane contracte, après l'ouverture de la poche, une inflammation de mauvaise nature, quelquefois mortelle; que d'ailleurs elle n'est pas très-adhérente, et que l'opération la plus avantageuse, lorsque les injections irritantes ont été employées sans succès, est l'ablation ou énucléation du produit accidentel. C'est donc la découverte de ce fait très-simple, la formation d'une fausse membrane dans une région exposée à des pressions et à des froissements, qui a conduit l'auteur à donner, sur l'épaississement de la tunique vaginale, sur l'hématocèle qui l'accompagne, et sur le

traitement qui lui convient, des notions beaucoup plus précises que celles qu'on possédait avant lui.

Ce sujet a encore été traité par M. Gosselin, dans une lettre qu'il a adressée à M. le Dr Despaulx, à propos d'un cas d'hématocèle que ce dernier avait publié dans le *Moniteur des hôpitaux*. (Voir ce journal, 1854, p. 370.)

De nouvelles observations, destinées surtout à montrer la valeur du mode opératoire désigné par l'auteur sous le nom de *décortication*, ont été publiées dans la traduction de Curling, dans la thèse de M. Boquet (Paris, 1857, n° 226) et dans celle de M. Ern. Longete (Strasbourg, 1860).

Description des formes insolites et des terminaisons insolites de l'orchite.

Les recherches de M. Gosselin sur ces deux sujets sont consignées dans le deuxième volume de la *Clinique chirurgicale de la Charité*, et en constituent deux des chapitres les plus originaux.

L'auteur y fait connaître :

1° Le début possible de l'orchite blennorrhagique par une douleur très-vive et de nature névralgique, ou par des symptômes analogues à ceux de la péritonite, douleurs et symptômes qui induiraient le praticien en erreur et l'entraîneraient à prescrire un traitement antiphlogistique inutile, s'il ne se renseignait pas sur l'existence de la blennorrhagie, et s'il n'était pas averti de l'innocuité habituelle de ces accidents et de l'opportunité du traitement par les narcotiques.

2° La circonscription possible de l'inflammation blennorrhagique dans ces canaux diverticulaires de l'épididyme, que Haller a décrits sous le nom de *vasa aberrantia testis*, circonscription dont personne n'avait parlé avant lui, et qui était la source d'embarras très-grands dans le diagnostic.

3° La terminaison possible de l'orchite blennorrhagique par une ulcération de la peau et de la tunique albuginée, sans douleurs vives, sans abcès testiculaire, mais avec mortification et expulsion d'un certain nombre de tubes séminifères. M. Gosselin a donné à cette forme d'orchite, qui est rare, le nom d'orchite ulcéro-gangréneuse indolente, et a signalé avec insistance l'indication thérapeutique de laisser l'élimination se faire spontanément, et de ne pas tirer avec des pinces les petites masses blanches formées par les tubes séminifères ; car l'extraction artificielle viderait facilement la tunique albuginée, tandis que l'expulsion spontanée est partielle, et laisse au testicule une grande partie de son volume et probablement de ses fonctions. M. Gosselin est le premier qui ait signalé cette variété et l'ait distinguée des abcès consécutifs à la terminaison de l'orchite par suppuration.

4° La coïncidence possible, avec l'orchite métastatique des oreillons, d'une prostatite de même nature, simplement congestive ou fluxionnaire, et qui disparaît aussi vite que l'orchite elle-même. Aucune mention n'avait été faite, avant M. Gosselin de cette *prostatite métastatique*.

2° MALADIES DES YEUX.

Études sur l'opération de la cataracte par abaissement
(*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I.)

Ce travail, qui a été récompensé par l'Académie des sciences en 1854, est destiné à montrer les dissidences nombreuses que nous offrent les traités les plus recommandables sur le manuel opératoire de l'abaissement, et à étudier les résultats fournis par chacun des procédés décrits. L'auteur établit, par des recherches nombreuses, que ces résultats sont loin d'être ceux qu'on prévoit ou

qu'on suppose, et en particulier que l'abaissement simultané du cristallin et de sa capsule est beaucoup plus difficile à obtenir que ne l'ont prétendu quelques chirurgiens. Il fait voir que le mode d'exécution le plus avantageux est celui dans lequel on déchire la capsule antérieure d'avant en arrière, avant de déprimer le cristallin. Il démontre enfin, par des expériences sur les animaux et des observations chez l'homme, que l'action de l'aiguille sur le corps vitré peut être suivie d'un trouble dans la transparence de cet organe.

Note sur le rétablissement tardif de la vision, à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XXIII).

Il s'agit de la relation d'un cas exceptionnel, dans lequel la vue s'est rétablie tout d'un coup, plusieurs mois après l'opération, par la déchirure et le passage dans la chambre antérieure d'une cataracte secondaire qui avait mis jusque-là obstacle à la vision.

Mémoire sur le traitement de l'ophthalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil. (*Arch. gén. de méd.*, 6e série, tom. V.)

L'auteur, s'appuyant sur les expériences citées plus loin (p. 45), au moyen desquelles il avait découvert la perméabilité de la cornée, démontre, par de nouvelles expériences sur les animaux et par une observation clinique, que, dans les cas où de l'eau de chaux éteinte est accidentellement projetée dans les yeux, l'opacité de la cornée est due au passage et au séjour des molécules de chaux dans l'épaisseur de cette membrane, et que le meilleur moyen de la débarrasser et de la mettre à l'abri de lésions consécutives sérieuses est d'instiller fréquemment de l'eau sucrée entre les paupières.

Traitement de l'ophthalmie blennorrhagique par les instillations d'eau alcoolisée.

Après la démonstration péremptoire donnée par MM. Nélaton, Batailhé, Chèdevergne, de la suppression ou de la diminution notable de la sécrétion purulente au moyen de l'alcool, M. Gosselin pensa que l'on pourrait obtenir un résultat analogue et conséquemment une guérison plus prompte, en versant dix ou douze fois par jour de l'eau alcoolisée sur la conjonctive malade, dans les cas d'ophthalmie blennorrhagique, maladie qui, à la suite des traitements employés jusqu'à présent, occasionnait si souvent la perte de l'œil Le résultat a répondu à son attente. Quatre sujets, traités de cette façon à l'hôpital de la Pitié, ont été guéris sans lésion grave persistante de l'œil et de la vision. Les faits ont été publiés dans la *Gazette des hôpitaux* en 1865 et 1866, et plus récemment dans la thèse de M. Lebègue (août 1867).

Mémoire sur l'origine par contagion des conjonctivites catarrhales. (*Arch. de méd.*, 1869, 4e série, tom. XIII.)

L'auteur, après avoir établi, d'après l'observation clinique, qu'entre la conjonctivite simple et la conjonctivite franchement purulente se trouve une variété qu'il nomme muco-purulente ou semi-purulente, a trouvé que toutes les variétés de conjonctivites peuvent se transmettre par contagion, et en tire pour la prophylaxie les préceptes suivants, qui n'avaient pas été donnés jusqu'à présent :

1° Séparer, s'il se peut, les sujets malades de ceux qui ne le sont pas ;

2° Recommander, dans les cas où l'isolement n'est pas possible, l'usage de mouchoirs et de linges de toilette exclusivement destinés aux malades ;

3° Eviter tout contact du visage entre les malades et les personnes non encore atteintes;

4° Surveiller attentivement les yeux des personnes qui vivent dans le même milieu et soigner la conjonctivite dès son début, afin de ne pas la laisser passer à un état chronique qui pourrait se compliquer ultérieurement de kératite et, par suite, de lésions irrémédiables de la cornée;

5° Insister en particulier sur ces recommandations dans les endroits, tels que les chambres étroites logeant une famille nombreuse, les écoles, les pensions, les salles d'asiles, les hôpitaux d'enfants, où l'accumulation des sujets dans une même atmosphère prédispose encore plus à la contagion.

Mémoire sur la mydriase consécutive à l'angine couenneuse. (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 1860.)

L'auteur a découvert que les affaiblissements visuels observés à la suite de l'angine couenneuse étaient dus, non pas à une lésion de la rétine et à une amaurose, comme l'avaient cru ses prédécesseurs, mais à un vice de l'accommodation résultant d'une paralysie de l'iris, et de la dilatation pupillaire qui en est la conséquence, d'où un pronostic moins grave et un traitement plus simple et plus efficace.

Sur l'héméralopie. (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 1862.)

Ayant eu l'occasion, en 1862, d'observer un certain nombre de sujets atteints d'héméralopie épidémique dans deux régiments de la garnison de Paris, M. Gosselin a remarqué que ces sujets étaient atteints en même temps d'une blépharite muqueuse, du genre de celle qu'il a indiquée depuis longtemps, et qu'il a plus spécialement fait connaître dans l'article *Blépharite* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, sous le nom de *Blépharite*

des adolescents. Il a insisté sur cette coïncidence inconnue jusque-là, dans un rapport lu à l'Académie de médecine, en 1862, et il a émis l'opinion que l'héméralopie était un trouble fonctionnel surajouté à la blépharite muqueuse ; qu'ainsi se trouvaient expliqués son caractère endémique et sa prophylaxie. Car il suffisait, sans doute, dans les régiments et les autres rassemblements d'hommes, de prendre des mesures contre la propagation de la blépharite, pour empêcher en même temps la propagation de l'héméralopie.

3° MALADIES CHIRURGICALES DES ADOLESCENTS.

M. Gosselin insiste depuis longtemps dans ses leçons sur la nécessité, pour le chirurgien, de tenir compte de l'influence de l'âge sur le développement, le diagnostic et la marche des maladies chirurgicales. Il a, de plus, décrit le premier certaines affections du squelette spéciales aux adolescents, et dont l'étude clinique était obscure, parce qu'on les avait confondues avec des affections qu'on observe à d'autres âges, et qui, plus ou moins analogues par leur point de départ anatomique, sont essentiellement différentes sous le rapport de la marche et des terminaisons.

Dans un premier mémoire publié en novembre 1858, sous le titre : *Ostéites épiphysaires des adolescents* (*Archives générales de médecine*, t. II, p. 513), il fait connaître deux maladies du squelette qu'on pourrait appeler de *croissance*, parce qu'elles se développent sur des sujets de 12 à 18 ans, à l'époque de la vie où s'accélère et va se compléter l'accroissement en longueur des os longs. La première est une affection indolente consistant en un gonflement partiel de l'épiphyse au niveau de quelque insertion musculaire ou tendineuse, gonflement qui n'a rien de grave, suppure

rarement et se termine presque toujours par une tumeur ou saillie osseuse dont la durée est indéfinie. La seconde est une ostéite suraiguë avec fièvre, qui se termine par suppuration de l'os, quelquefois de l'articulation voisine. Dans l'os, la suppuration envahit et détruit le périoste, en même temps qu'elle occupe les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire et la ligne de séparation non encore ossifiée de la diaphyse et de l'épiphyse. M. Gosselin est amené, par l'examen des pièces anatomiques qu'il a eues à sa disposition, à penser que le point de départ de cette ostéite purulente est la ligne épiphysaire, et que sa cause est l'exagération et le passage à l'état inflammatoire, par suite de fatigues, du travail normal qui s'accomplit à cet âge pour la soudure des épiphyses. La maladie décrite par l'auteur a certainement été indiquée par d'autres, et notamment par M. Chassaignac dans ses travaux sur les abcès sous-périostiques aigus et sur l'ostéomyélite; par M. Klose (de Breslau) dans son mémoire sur le décollement spontané des épiphyses; mais ces auteurs avaient eu le tort de considérer comme une ostéite partielle, soit périostique, soit médullaire, une inflammation qui, le plus souvent, envahit toute l'épaisseur de l'os, et de ne pas spécifier que cette ostéite, avec ses caractères graves, est spéciale à l'adolescence, si bien qu'il suffit de tenir compte de l'âge des sujets pour prévoir dès le début une maladie très-grave, qui peut se terminer par la mort ou nécessiter une amputation.

Dans un deuxième travail, intitulé : *Tarsalgie des adolescents*, et imprimé dans les Bulletins de l'Académie de médecine (année 1865), M. Gosselin donne une description toute nouvelle d'une maladie qui, jusque-là, avait été confondue sous le nom de *valgus* avec les autres vices de conformation du pied réunis sous le titre général de *pieds-bots*. Il y démontre deux choses capitales : 1° que la maladie n'est pas congénitale et n'apparaît ni dans la première ni dans la seconde enfance, comme cela a lieu pour les vrais pieds-

bots, mais qu'elle se développe pendant l'adolescence, de 14 à 17 ans, à l'époque de l'accroissement du squelette ; 2° que son point de départ n'est ni dans les muscles ni dans le système nerveux, mais dans les articulations, et qu'elle consiste en une arthrite spéciale provoquant ultérieurement les contractions musculaires et l'attitude vicieuse du pied, désignée sous le nom de *valgus*. D'où cette conclusion thérapeutique que, dans les cas de ce genre, c'est l'immobilité du pied dans une bonne position plutôt que la ténotomie qui doit intervenir d'abord.

Rappelons, pour mémoire, la *blépharite des adolescents* signalée déjà à la page 10, et les recherches sur l'étiologie de l'*ongle incarné* indiquées à la page 25.

4° RECHERCHES SUR LES FRACTURES DES OS LONGS.

1° *Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin sur les fractures en* V *du tibia*. (*Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 518.)

2° *Note sur les fractures en* V *ou cu nennes*, lue à la Société de chirurgie, et imprimée dans le tome 5° de ses mémoires.

3° *Présentation de plusieurs fractures en* V *à la Société de chirurgie*. (*Bulletins*, t. VI, p. 262.)

4° *Rapport sur les travaux de M. Lizé, du Mans, concernant plusieurs pièces de fractures*, lu à la Société de chirurgie le 27 octobre 1858, et imprimé dans le tome IX, page 148, de ses Bulletins.

5° *Observation de fracture dentelée du fémur et fracture en* V *du tibia sur le même sujet et du même côté*. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 305.)

6° *Mémoire sur l'irréductibilité et les déformations consécutives dans les fractures des os longs*. (*Gazette hebdomadaire*, t. VI, p. 130, 1859.)

Dans ces divers travaux, M. Gosselin a ajouté aux connaissances déjà acquises sur les fractures des os longs cette notion, que les fractures présentent souvent, outre le trait principal exclusivement indiqué jusqu'à nos jours, un certain nombre de traits accessoires ou consécutifs, qui sont dus à la pression des fragments

l'un contre l'autre au moment de l'accident. Il a découvert, pour certaines fractures qu'il a nommées en V, une forme et une direction particulières du trait principal, qui favorisent singulièrement l'éclatement du fragment le plus court, par le fait de la pression qu'exerce sur lui, en manière de coin, le fragment le plus long. Il a, d'autre part, démontré que cette pression pouvait amener, outre l'éclatement et les fissures consécutives, un écrasement de la substance médullaire, lequel donnait plus de gravité à l'ostéomyélite, lorsque la fracture était compliquée de plaie. Il a expliqué de la même manière la pénétration réciproque des fragments, dont on parlait depuis quelques années, sans la rattacher à une théorie générale sur le mécanisme des fractures. Examinant enfin les déplacements divers que présentent les fractures des corps et celles des extrémités, à la suite de ces pressions réciproques et des écrasements qui en résultent, il a montré qu'un bon nombre de ces déplacements et les déformations concomitantes étaient irrémédiables, et qu'en conséquence les auteurs avaient eu le tort de laisser croire que le chirurgien pouvait et devait constamment porter remède aux difformités occasionnées par les solutions de continuité des os longs. M. Gosselin croit avoir, sous ce rapport, en s'appuyant sur des faits irrécusables, modifié utilement pour les praticiens l'histoire clinique des fractures.

Phlébite consécutive aux fractures.

En outre, dans le premier volume de sa clinique chirurgicale de la Charité, page 278, M. Gosselin a signalé la fréquence, surtout au membre inférieur, des coagulations, par phlébite spontanée, dans les veines qui entourent la fracture, et qui semblent participer, par voisinage, à la phlegmasie dont la formation du cal est l'origine. Il explique ainsi les embolies dont on a cité des exemples dans le cours des fractures du membre inférieur, et la néces-

sité de conseiller l'immobilité assez longtemps pour que les caillots formés dans les veines aient pu ou se résorber. ou prendre des adhérences qui rendent leur fragmentation et leur migration impossible.

5° RECHERCHES SUR L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE ET L'ANUS CONTRE NATURE.

M. Gosselin a publié trois mémoires sur l'étranglement herniaire :

Le premier, en 1859, sur le traitement de cette maladie par le taxis. (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 689.)

Le deuxième, en 1861, sur les résultats que lui a donnés l'opération et la temporisation. (*Arch. gén. de méd.*, 1861.)

Le troisième, en 1863, sur les faits qu'il avait observés pendant les années 1861 et 1862. (*Gaz. des hôp.*, 1863, p. 62.)

D'autre part, un de ses élèves, M. Delaunay, a donné, dans la *Gaz. méd.* de 1861, le relevé des observations recueillies dans le service de l'hôpital Beaujon, en 1860, et M. le Dr Léon Labbé, agrégé à la Faculté de médecine, a publié, en 1865, un volume intitulé : *Leçons sur les hernies abdominales faites à la Faculté de médecine de Paris*, par M. Gosselin (revues par le professeur).

Dans ces divers ouvrages, l'auteur, s'appuyant sur les faits, au nombre de 120, tirés de sa propre pratique, et recueillis par lui-même ou par ses élèves, sous ses yeux, apprécie d'abord à sa juste valeur la doctrine du professeur Malgaigne sur l'inflammation herniaire, ou pseudo-étranglement. Il prouve qu'appliquées aux hernies purement épiploïques, cette doctrine et la conséquence thérapeutique que Malgaigne en a déduite, savoir : la temporisation, sont justes ; mais, qu'appliquées aux hernies intestinales, elles sont fausses et doivent être rejetées. Il établit que toute her-

nie contenant de l'intestin, et qui, jusque-là réductible, est devenue irréductible en donnant lieu à des douleurs et à des troubles fonctionnels, doit être considérée comme étranglée et traitée comme telle. Il cherche à réhabiliter l'opinion un peu discréditée par les travaux de Malgaigne sur l'inflammation herniaire, que le traitement doit être prompt, énergique, et que l'intestin doit être replacé dans le ventre le plus tôt possible par le taxis ou par l'opération du débridement. Abordant ensuite le problème difficile du choix à faire entre ces deux modes de traitement, il en trouve la solution dans l'étude attentive du volume de la hernie, de son siége, et du nombre d'heures qui se sont écoulées depuis le début de l'étranglement.

Pour les hernies de petit et de moyen volume, qui n'ont pas encore quarante-huit heures d'étranglement, il veut que le taxis soit essayé avec méthode. Dix à quinze minutes suffisent pour obtenir la réduction, si l'on a le soin de plonger le patient dans le sommeil anesthésique au moyen de l'éther ou du chloroforme. Lorsqu'au bout de ce temps, et après des manœuvres bien dirigées, dont l'auteur donne minutieusement les règles, la réduction n'a pas eu lieu, la question est jugée : l'étranglement ne cédera pas, le débridement est nécessaire et doit être fait immédiatement. Mais comme, malheureusement, un bon nombre de praticiens ne consentent pas à se servir des anesthésiques, il a bien fallu pour eux, et surtout pour les malades qui leur sont confiés, donner des indications particulières. En pareil cas, un taxis plus long et plus énergique est nécessaire, et c'est alors qu'on peut recourir au taxis dit *forcé*. Mais le véritable progrès aujourd'hui serait de supprimer et le taxis forcé, et le taxis réitéré, qui offrent certains dangers, et de soumettre toujours le malade à l'anesthésie, qui, si la réduction est possible, permet de l'obtenir par un taxis doux, c'est-à-dire au moyen de pressions modérées et continuées un quart d'heure au plus.

Dans les cas où la hernie est volumineuse, on peut, jusqu'à la fin du troisième jour, essayer le taxis aidé de l'anesthésie, mais toujours avec la condition de débrider de suite, lorsqu'après une tentative bien faite, la hernie n'est pas rentrée.

L'auteur a consacré un chapitre à l'opération sans ouverture du sac, à laquelle il donne la préférence dans les cas où l'étranglement n'est pas dû au collet péritonéal, et dans ceux où il est encore assez récent pour qu'on puisse espérer que l'intestin n'a pas subi de lésions trop graves.

Mémoire sur un nouveau mode de traitement des anus contre nature compliqués de renversement irréductible (présenté à l'Académie de médecine en 1854, et publié dans *Journ. de chir.* de Malgaigne en 1855).

L'auteur fait connaître un procédé opératoire nouveau, qui lui a donné deux succès remarquables, pour la guérison de l'infirmité déplorable causée par l'anus contre nature.

Ce procédé a pour but de fermer l'ouverture anormale, lorsqu'elle persiste et continue à donner passage aux matières intestinales, après le rétablissement de la communication entre les deux bouts au moyen de l'entérotome. Il consiste à amener sur l'orifice un lambeau autoplastique, après avoir avivé l'intestin lui-même par l'ablation de la membrane muqueuse, de manière à mettre cette portion d'intestin avivée en contact avec la face profonde, également saignante, du lambeau et à la faire servir à la formation d'une cicatrice solide.

Description détaillée d'une pièce anatomique relative à un anus contre nature, pour lequel l'entérotome avait été appliqué trois mois auparavant. (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 86.)

Cette pièce offrait un bel exemple des résultats heureux fournis par l'entérotome de Dupuytren, car on y voyait une large commu-

nication entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin. Elle démontrait de plus la possibilité d'obtenir, à la suite de l'opération occlusive de M. Gosselin, des adhérences entre la peau et l'intestin avivé; car une première opération de ce genre, qui n'avait pas complètement réussi, avait laissé des adhérences solides entre le lambeau et la partie supérieure du renversement intestinal. Le malade était mort d'un érysipèle à la suite d'une seconde opération autoplastique destinée à compléter l'occlusion.

Trois rapports à la Société de chirurgie sur l'anus contre nature :

1° Sur une observation de cette maladie, traitée avec succès par l'entérotome, par M. Piachaud, de Genève. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1857.)

2° Sur un autre cas d'anus contre nature, communiqué par M. Chappelain, de Marseille. (*Bulletins*, 1859.)

3° Sur un mémoire de M. Le Gendre, intitulé : *Recherches sur l'anus contre nature*. (*Mémoires de la Société de chirurgie*, in-4°, t. V.)

Dans ces trois rapports, M. Gosselin soutient la supériorité de l'entérotome de Dupuytren sur tous les autres, et combat, comme inutiles, les modifications que plusieurs chirurgiens ont cru devoir faire subir à cet ingénieux instrument.

6° TRAVAUX SUR LES HÉMORRHOÏDES ET LES MALADIES DU RECTUM.

M. Gosselin a publié, en 1866, une monographie intitulée : *Leçons sur les hémorrhoïdes*.

Deux opinions nouvelles sont produites dans cet ouvrage. La première est relative aux différences de structure qui existent entre les hémorrhoïdes internes ou muqueuses, et les hémorrhoïdes externes ou cutanées. Après plusieurs dissections attentives,

l'auteur a trouvé que les premières sont exclusivement formées par des amas de veinules dilatées ou varices, et que les secondes, constitutées primitivement aussi par des varices, sont en outre formées par du tissu conjonctif hypertrophié, au milieu duquel les varices ne sont plus que secondaires, et finissent même souvent par disparaître.

La seconde est relative au traitement. Les hémorrhoïdes externes ou cutanées ont par elles-mêmes peu d'inconvénients, ou n'en ont que de temporaires ; le plus souvent leur turgescence est sous la dépendence des hémorrhoïdes internes et de leur prolapsus. Celles-ci, au contraire, peu gênantes lorsqu'elles restent dans le rectum, deviennent incommodes lorsqu'elles sortent pendant la défécation ou pendant la marche. Elles gênent par leur volume, la difficulté de leur réduction, le sang qu'elles fournissent plus ou moins abondamment. Dans les cas où la douleur et l'écoulement sanguin sont intenses, ces hémorrhoïdes internes, loin d'être salutaires, sont dangereuses et doivent être traitées. Mais les moyens chirurgicaux le plus souvent employés, tels que l'excision avec les ciseaux ou l'écraseur linéaire, et la cautérisation au fer rouge exposent, dans une certaine mesure, aux dangers de la phlébite suppurative, et ces dangers ont été augmentés par l'opinion qu'ont eue beaucoup de chirurgiens sur la nécessité d'attaquer tout à la fois les hémorrhoïdes internes et externes. M. Gosselin prouve, par les faits de sa propre pratique et par ceux de quelques chirurgiens anglais : 1° qu'il est inutile le plus souvent de toucher aux hémorrhoïdes externes ; 2° que le moyen le plus inoffensif et le moins incommode à employer contre les hémorrhoïdes internes est leur attouchement plusieurs fois répété, au moment où elles ont été mises en prolapsus par l'expulsion d'un lavement, avec un pinceau d'amiante imbibé d'acide azotique monohydraté ou de nitrate acide de mercure.

L'auteur a fait connaître dans ce livre les principales variétés

d'accidents ou d'incommodités produites par les hémorrhoïdes. Depuis sa publication, il a indiqué une nouvelle variété caractérisée par un étranglement modéré et lent des hémorrhoïdes internes. Une leçon qu'il a faite sur ce sujet a été consigné dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1866 (p. 405) par M. Félizet.

Mémoire sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. (*Arch. gén. de méd.*, 1854).

M. Gosselin signale, dans ce mémoire, un mode d'origine, jusque-là inconnu, de certains rétrécissements du rectum, mode d'origine qu'il a eu l'occasion de constater et de suivre pas à pas sur plusieurs malades de son service à l'hôpital de Lourcine. Ces malades avaient d'abord un ou plusieurs chancres à l'anus. Peu à peu, au-dessus de ces chancres, la muqueuse rectale était envahie par une inflammation qui devenait suppurative. Puis cette muqueuse s'exulcérait, et, s'épaississant circulairement à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'orifice anal, formait un rétrécissement de plus en plus serré. En pareil cas, la maladie est donc d'origine syphilitique, en ce sens qu'elle est consécutive à des chancres syphilitiques primitifs; mais elle n'est pas pour cela une expression de la diathèse syphilitique. Elle n'est pas la conséquence de l'intoxication, comme cela a lieu pour les manifestations secondaires et tertiaires de la syphilis : c'est un accident de localité ou de voisinage, comme l'éléphantiasis du prépuce ou de la vulve à la suite des chancres, et cet accident n'est pas susceptible de disparaître sous l'influence des mercuriaux. Il se fait de plus, au-dessus du rétrécissement, et à la suite de cette rectite spéciale, une vaste ulcération aussi incapable de guérir que le rétrécissement lui-même. Cette maladie n'a donc pas de traitement curatif comme on l'avait dit à tort. Elle constitue une infirmité, mais on prolonge la vie des malades, et on empêche leur santé de s'altérer

trop profondément au moyen d'un traitement palliatif continué avec persévérance, et dont l'auteur donne minutieusement les détails.

7° SUR LES SOINS ET L'HYGIÈNE DES BLESSÉS ET DES OPÉRÉS.

Dans un rapport fait à l'Académie de médecine, en 1861, sur un travail de M. le D[r] Lefort, relatif à la résection de la hanche, M. Gosselin avait fait ressortir des considérations importantes, présentées par l'auteur, sur la supériorité des résultats donnés par les grandes opérations dans les hôpitaux anglais, comparativement à ceux que nous obtenons en France, et il avait énoncé que nous avions sous ce rapport d'utiles modifications à introduire dans notre pratique relativement aux modes de pansement, à l'aération des salles, à la nourriture et aux soins moraux. Ce rapport a donné lieu à une discussion qui a eu un long retentissement, et dans laquelle M. Gosselin a plusieurs fois pris la parole pour tracer les voies nouvelles dans lesquelles nous devions entrer pour suivre le progrès.

Dans une de ses leçons, publiées par le journal *l'Union médicale*, en 1864, et dans un discours prononcé à la Société de chirurgie, en 1865, à propos de la discussion relative à l'hygiène hospitalière, il a annoncé que l'aération des salles, à l'hôpital de la Pitié, par l'ouverture, aussi fréquente que possible, des fenêtres, et les précautions prises, dans les pansements ultérieurs, pour éviter les souffrances, lui avaient donné pour les amputations plus de succès qu'il n'en obtenait autrefois, et avaient fait approcher le chiffre de ses guérisons de celui qu'on trouve indiqué dans la plupart des statistiques anglaises.

Dans un mémoire qu'il a lu au Congrès médical international

de Paris (21 août 1867), et qui a pour titre : *Prophylaxie de l'érysipèle et de l'infection purulente dans les salles d'hôpitaux*, M. Gosselin revient sur ce sujet, et donne le relevé qu'il a fait dans son service, depuis le 1er janvier 1862, de tous les cas d'érysipèle et d'infection purulente, à l'appui de son opinion sur l'utilité des modifications qu'il signale, depuis dix ans, à l'attention de ses contemporains.

A propos de l'érysipèle traumatique, il revient sur la question de la contagion qu'il a étudiée au lit du malade, et dont il a rapporté depuis longtemps des exemples incontestables qui ont été consignés dans les thèses souvent citées de deux de ses élèves, MM. les Drs Fenestre (Paris, 1863) et Charles Martin (Paris, 1865). Partant de cette opinion soutenue encore par lui à l'Académie de médecine dans un rapport sur un travail du Dr Blin (de Saint-Quentin), en 1865; partant, dis-je, de cette opinion que l'érysipèle est souvent contagieux, M. Gosselin a proposé une mesure importante qu'il avait pu exécuter à l'hôpital de la Pitié, et qui consistait à séparer des autres blessés et opérés les malades atteints d'érysipèle. Cette mesure lui a donné pour résultat une diminution de moitié dans le chiffre des érysipèles développés à l'intérieur de ses salles.

A propos de l'infection purulente, il prouve, par ses statistiques, que cette maladie a sensiblement diminué sous l'influence des soins hygiéniques et des précautions prises pour éviter les douleurs consécutives chez les opérés et surtout les amputés. Dans ce travail, comme dans la plupart de ceux qui précèdent, M. Gosselin appuie, sur l'observation rigoureuse et la statistique, les opinions qu'il cherche à faire prévaloir en France.

8° SUR LES MALADIES DES ONGLES.

Mémoire sur le traitement de l'ongle incarné. (*Gazette hebdomadaire*, t. I).

L'auteur démontre, par une série de faits observés longtemps après l'opération, que pour éviter la récidive de la maladie appelée *ongle incarné*, il faut chercher à obtenir ce double résultat : ongle plus étroit qu'auparavant, bourrelet cutané moins saillant. On y arrive par l'opération mixte qui consiste à arracher l'ongle et à emporter, sous forme d'un copeau recourbé, la partie de sa matrice correspondant à l'incarnation. M. Gosselin a pris, sur plusieurs de ses malades, la mesure de l'ongle qui avait repoussé après cette opération, et il l'a trouvé notablement plus étroit que celui de l'autre côté, et par conséquent moins disposé à irriter de nouveau les chairs, rendues elles-mêmes moins exubérantes par l'ablation du bourrelet.

Dans un des chapitres de sa *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité* (t. Ier, page 59), l'auteur a fait remarquer que cette maladie (l'ongle incarné) se développe de préférence chez les adolescents et qu'à cette période de la vie elle a des caractères différents de ceux qu'elle présente aux autres âges. Il a donné en preuve la statistique des sujets qu'il a eu l'occasion de traiter dens l'espace des six dernières années. Sur 37 malades, 4 seulement avaient plus de vingt-cinq ans, et 24 n'avaient pas encore atteint leur vingtième année. C'est dono une maladie à ajouter à celles de l'adolescence, et cette notion a un intérêt pratique; car, si une ou deux récidives ont eu lieu après un traitement quelconque, le chirurgien est en droit d'espérer que ces récidives, au lieu de se reproduire indéfiniment, cesseront une fois que l'âge d'adulte sera venu.

De l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle.

Dans un article du journal *la France médicale*, du 21 août 1862, M. Gosselin a fait connaître une maladie jusqu'ici non décrite, qui consiste dans un décollement des ongles et une ulcération douloureuse et rebelle du derme sous-unguéal, laquelle ne disparaît qu'après l'ablation de l'ongle et une cautérisation énergique avec le fer rouge et le nitrate acide de mercure. Plusieurs des faits observés par l'auteur ont été publiés dans la thèse d'un de ses élèves, M. le Dr Esmenard (Paris, 1861).

9° MALADIES DE L'UTERUS.

Mémoire sur la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. II.)

L'auteur démontre, par l'analyse de faits soigneusement recueillis, que les ulcérations et les excoriations du col de l'utérus n'ont qu'une importance secoodaire, et que les symptômes qu'on leur attribue s'expliquent bien mieux par l'inflammation parenchymateuse du col ou la phlegmasie de sa surface interne. Cette manière de voir, qui était en opposition avec les idées, encore très-généralement acceptées à cette époque (1843), de Récamier et de Lisfranc, est adoptée aujourd'hui par le plus grand nombre pe praticiens.

Recherches sur les déviations utérines et sur leur valeur clinique. (Communication faite à la Société de chirurgie, et insérée dans le tome IV, page 453, des *Bulletins* de cette Société.)

A l'occasion d'une discussion qui s'est élevée à la Société de chirurgie sur les déviations utérines, M. Gosselin a fait connaître

le résultat de ses recherches cliniques et statistiques sur ce sujet. Ce résultat est qu'à notre époque on a exagéré la valeur clinique des déviations, et que les douleurs utérines sont dues le plus souvent à un état inflammatoire ou à une névralgie, qui peut coïncider avec une déviation, mais qui n'en dépend pas essentiellement dans la plupart des cas. A ce propos, M. Gosselin a rappelé ses opinions sur le mode d'action des divers moyens mécaniques employés dans les maladies de l'utérus (ceintures hypogastriques, pessaires en caoutchouc, pessaires à air, etc.); tous ces moyens, selon lui, soulagent par le même mécanisme, c'est-à-dire en diminuant les mouvements de l'utérus. Cette opinion et les expériences qui la démontrent sont consignées d'ailleurs dans la thèse de M. Barnier, ancien interne de M. Gosselin à l'hôpital de Lourcine (1855).

Réflexions sur les ulcérations du col pendant la grossesse, à l'occasion d'un travail de Cazeaux sur ce sujet (communiquées à la Société de chirurgie en 1855, et insérées dans le tome V, page 323 des *Bulletins*).

L'auteur cite un relevé de onze observations de grossesse, avec ulcération du col, qu'il a recueillies à l'hôpital de Lourcine, et les invoque à l'appui de cette proposition, que les ulcérations du col chez les femmes grosses sont habituellement sans gravité.

Compte-rendu de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, en 1854, sur les maladies de l'utérus (*Gazette hebdomadaire*, t. I, p. 473).

Dans ce résumé, M. Gosselin expose ses opinions, déjà émises dans les travaux qui précèdent, sur la valeur symptomatique des ulcérations et des déviations, et défend cette doctrine, que les souffrances de l'utérus sont dues presque toujours à une inflammation

subaiguë ou chronique de la muqueuse utérine ou du parenchyme utérin, avec une sensibilité névralgique plus ou moins prononcée, dépendant elle-même autant de l'état général de la malade que de l'affection locale.

Note sur le pseudo-phlegmon iliaque et péri-utérin (*Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 413).

Les travaux de M. Bernutz sur la pelvi-péritonite ont fait voir aux chirurgiens que, dans la maladie décrite par ses prédécesseurs sous le nom de *phlegmon péri-utérin*, il s'agissait le plus souvent d'une inflammation du péritoine pelvien avec tumeur plus ou moins considérable, formée tout à la fois par des fausses membranes et des adhérences établies, au moyen de ces dernières, entre les divers organes de l'excavation pelvienne. Toutefois la marche de ces tumeurs, d'origine péritonéale, est analogue à celle des phlegmons chroniques avec redoublements. M. Gosselin en a eu la preuve dans l'observation qui fait l'objet de la note ci-dessus indiquée. C'est pourquoi, en vue de distinguer ces pelvi-péritonites avec tumeur, des pelvi-péritonites sans tumeur, il adopte et propose pour les premières la dénomination de *pseudo-phlegmons péritonéaux*.

10° SUR LES ANESTHÉSIQUES.

Recherches sur les causes de la mort subite qu'amène le chloroforme (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XVIII, 1848).

Ce mémoire renferme l'exposé d'expériences faites sur les animaux, en injectant du chloroforme dans les vaisseaux sanguins. Les auteurs arrivent à cette conclusion, que le chloroforme agit localement sur le cœur en suspendant ses contractions, et que cette paralysie du cœur est la cause principale de la mort, lorsque l'in-

halation se termine fatalement. D'où l'indication de surveiller le pouls et de ranimer les contractions du cœur par des pressions sur la poitrine, lesquelles ont en même temps pour objet de rétablir la respiration.

Des précautions à prendre dans l'administration du chloroforme. (Communications verbales à la Société de chirurgie, dans les *Bulletins* de cette Société, t. VIII et IX.)

L'auteur a beaucoup insisté sur l'utilité des intermittences dans l'inhalation pour éviter une surcharge inopinée du système nerveux par l'agent anesthésique. Il développe surtout cette opinion que, dans les cas de suspension brusque du pouls et de la respiration pendant l'inhalation du chloroforme, il convient non-seulement de presser sur le thorax pour faire la respiration artificielle, mais aussi de le percuter et de le secouer, surtout à gauche, en vue de provoquer le retour des mouvements suspendus du cœur.

11° MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Dans le deuxième volume de sa clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, M. Gosselin a développé les opinions qu'il enseigne depuis longtemps sur les accidents fébriles dont sont assez fréquemment l'occasion et les maladies des voies urinaires et les opérations pratiquées pour ces maladies

Avec MM. Sédillot et Maisonneuve, il pense que l'une des causes principales de la fièvre urineuse est l'absorption des matériaux putrides de l'urine altérée et ammoniacale, par les solutions de continuité anciennes et récentes de l'urèthre et de la vessie. Il en a déduit cette conclusion thérapeutique, qu'après les opérations sanglantes et surtout après l'uréthrotomie interne, il convient de

placer une sonde à demeure pour empêcher de passage de l'urine sur la plaie récente. Tout en reconnaissant que les accidents fébriles dont il s'agit constituent une variété d'urémie chirurgicale, celle que l'on peut prévenir par des soins bien dirigés, il en admet une seconde variété contre laquelle nous n'avons pas de moyens prophylactiques, celle qui est due à l'insuffisance des fonctions rénales, insuffisance d'où résulte la persistance dans le sang et dans toute l'économie de matériaux qui devraient être éliminés et qui ne le sont plus.

Poursuivant ses études sur ce sujet, M. Gosselin a fait dans ces derniers temps des recherches qui ne sont pas encore terminées, et qui feront l'objet d'un travail ultérieur, pour connaître les conditions dans lesquelles l'urine altérée est le plus susceptible de produire l'urémie chirurgicale par absorption. Ces recherches lui permettent de dire dès à présent que la présence du carbonate d'ammoniaque est la principale condition de l'intoxication. Il reconnaît cette présence par l'alcalinité de l'urine, et la production immédiate des vapeurs blanches de chlorhydrate d'ammoniaque, lorsqu'on a placé le bouchon d'un flacon d'acide chlorhydrique au-dessus du vase contenant de l'urine altérée. La présence du carbonate d'ammoniaque une fois constatée, M. Gosselin a cherché s'il était possible d'en obtenir la disparition, et il est déjà arrivé à quelques résultats heureux en administrant à ses malades le benzoate de soude ou l'acide benzoïque. Aujourd'hui il est décidé à n'entreprendre aucune opération sur les voies urinaires des sujets dont l'urine est rendue alcaline par le carbonate d'ammoniaque, sans avoir fait prendre ce médicament pendant huit à quinze jours, et avoir ramené l'urine, sinon à l'état acide, au moins à l'état neutre.

12° SUJETS VARIÉS.

Mémoire sur une nouvelle source d'indication du trépan, dans les ostéites syphilitiques du crâne. (*Archives gén. de méd.*, 1853, t. I.)

M. Gosselin a eu l'occasion d'appliquer successivement huit couronnes de trépan à un malade qui avait une nécrose syphilitique du frontal et du pariétal droit. Il a trouvé, chaque fois, au-dessous des os, une substance grisâtre, très-fétide, semblable à du mastic, qui n'offrait à l'œil nu et au microscope ni les caractères du tubercule, ni ceux du pus. Il a pensé que cette substance, non indiquée encore dans les traités de pathologie, était un produit de la syphilis tertiaire, une sorte de gomme rapidement décomposée par suite de son contact avec l'air. En pareil cas, le trépan multiple est indiqué, non pour faciliter l'écoulement du pus, mais pour débarrasser l'économie de cette matière putride, qui, très-adhérente à la face interne des os, ne sortirait qu'avec peine par une seule ouverture.

M. Gosselin a présenté à la Société de biologie une substance analogue à la précédente, qu'il avait extraite des fosses nasales d'une femme atteinte d'une nécrose syphilitique de l'ethmoïde et du maxillaire supérieur.

Recherches sur les déchirures du poumon, sans fracture des côtes correspondantes. (*Mém. de la Société de chir.*, t. I.)

L'auteur établit, par des recherches anatomo-pathologiques et cliniques, ce fait tout nouveau dans la science, qu'à la suite de pressions violentes sur le thorax, les poumons peuvent se déchirer, sans que les côtes soient fracturées. Il l'explique par un mécanisme emprunté à la théorie de l'effort, de MM. J. Cloquet et

I. Bourdon, et prouve, par deux observations détaillées, que ces ruptures peuvent se reconnaître à l'aide de la percussion et de l'auscultation, qui fournissent des signes analogues à ceux du pneumothorax tuberculeux : sonorité, gargouillement, tintement métallique.

Mémoire sur les tumeurs cirsoïdes artérielles chez les adolescents et les adultes, et sur le traitement de ces tumeurs par les injections de perchlorure de fer. (*Archives de médecine*, 6e série, t. X, 1867.)

Dans ce travail, communiqué en 1867, à l'Académie des sciences, M. Gosselin éclaircit un point jusque-là obscur de pathologie, en montrant que l'on confond, dans la pratique, sous la dénomination de varices artérielles ou d'anévrysmes cirsoïdes, deux variétés de tumeurs, celles qui sont formées par les troncs ou les branches artérielles anormalement développées, et celles qui sont formées par les artérioles dilatées aussi outre mesure les unes à côté des autres, et formant des entrelacements inextricables. Aux premières, il réserve le nom de *varices artérielles*, proposé par Dupuytren; pour les secondes, il préfère celui de tumeurs *cirsoïdes artérielles*, adopté déjà par M. le professeur Robin. Il démontre, par l'observation, que, dans la pratique, on a bien plus à s'occuper des tumeurs cirsoïdes que des varices, et qu'à cause de cela, les premières demandent une description isolée spéciale. Son travail a pour but de donner cette description, et ensuite de faire connaître le mode de traitement qui convient à ces sortes de tumeurs, savoir : l'injection d'une solution de perchlorure de fer. Il rapporte trois faits de succès, et prouve ainsi que le moyen est beaucoup moins dangereux que la ligature de l'artère principale, ou l'ablation de la tumeur, employée jusqu'à présent de préférence par les chirurgiens.

Sur l'ostéomyélite putride et son influence sur le développement de l'infection purulente. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1871.)

Dans une communication faite à l'Académie de médecine, en 1871, à l'occasion d'une discussion sur l'infection purulente, M. Gosselin a donné le résultat de ses investigations cliniques sur la forme putride et septique de l'ostéomyélite suppurée, sur sa coïncidence avec l'infection purulente, sur l'origine probable de cette dernière par l'absorption des matériaux toxiques provenant de la première, et sur les arguments que cette étude apporte à l'appui de la doctrine qui explique l'infection purulente par une septicémie.

Sur le traitement des tumeurs enkystées.

Dans les cas où un kyste est de trop grande dimension pour que l'ablation puisse en être faite avec sécurité, comme lorsqu'il s'agit de gros kystes hydatiques, de kystes du sein, de kystes thyroïdiens, d'hématocèles volumineuses, d'hydropisie de la bourse synoviale des tendons fléchisseurs de la main, le chirurgien doit choisir entre les opérations qui ne provoquent pas, et celles qui provoquent à peu près inévitablement l'inflammation suppurative. Les premières sont de beaucoup les moins dangereuses, et M. Gosselin pense qu'il convient de leur donner la préférence. Il est vrai qu'elles échouent souvent et qu'elles exposent à des récidives ou plutôt à des continuations de la maladie. Mais, dans la plupart des cas, cet inconvénient est sans danger pour la vie, et on peut prolonger cette dernière en recommençant l'opération palliative un certain nombre de fois, tandis que les grandes opérations dont la suite inévitable est la suppuration du kyste mis en communication avec l'extérieur, exposent aux accidents de l'inflammation aiguë et de la septicémie.

La question se présente tout autrement lorsque le kyste a suppuré spontanément, sans intervention chirurgicale, ou après une simple ponction, lorsqu'il a suppuré en un mot en restant fermé. L'observation clinique a démontré à M. Gosselin qu'en pareil cas l'inflammation était moins fébrile, et moins souvent suivie de septicémie. C'est alors que les grandes incisions suivies de lavages répétés conviennent.

M. Gosselin a développé ces principes et les préceptes thérapeutiques qui en découlent, dans les chapitres de sa clinique chirurgicale qu'il a consacrés :

Aux tumeurs hydatiques du foie et des membres (t. II, page 558);
A l'hématocèle (id., page 419);
Aux kystes thyroïdiens (id., page 598);
Aux kystes hydropiques de la bourse synoviale des fléchisseurs (id., page 589).

II. TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'anatomie et la physiologie.

1° Recherches sur les cartilages diarthrodiaux et épiphysaires (*Bulletins de la Société anatomique*, année 1841).

Dans ce travail, qui a été publié à une époque où les anatomistes français étaient très-disposés à considérer les cartilages diarthrodiaux comme des couches inorganiques déposées sur les extrémités articulaires, l'auteur démontre un fait nouveau, savoir: que, sur le condyle de la mâchoire inférieure et sur l'extrémité interne de la clavicule, le cartilage d'encroûtement est revêtu par un prolongement du périoste, qui le coiffe entièrement, et dont l'ablation est facile sur le fœtus et l'enfant nouveau-né. Ces cartilages se trouvant ainsi placés entre deux couches vasculaires et organisées, l'os et le périoste, l'auteur y voit un argument en faveur de l'opinion, peu acceptée à cette époque, de la vitalité de leur tissu. Il invoque de plus à l'appui de cette vitalité l'accroissement par intus-susception des cartilages diarthrodiaux, depuis le moment de leur formation jusqu'à celui de la soudure des épiphyses; cet accroissement était difficilement explicable pour ceux qui considéraient les cartilages comme des produits de sécrétion analogues à la corne et à l'ongle. Sans arriver jusqu'à faire intervenir dans leur mode d'accroissement et de nutrition la faculté qu'a leur tissu de laisser pénétrer par les fluides nourriciers empruntés aux parties voisines, l'auteur a cependant contribué, par la découverte des connexions du périoste avec certains cartilages, à renverser

l'opinion, embarrassante pour la physiologie et l'anatomie pathologique, de la non-vitalité de ces organes.

2° **Recherches sur l'articulation temporo-maxillaire** (thèse pour le doctorat, 1843).

Depuis longtemps, les auteurs ont signalé la présence d'un fibro-cartilage dans l'articulation de la mâchoire ; mais ils n'avaient pas pris soin de le décrire minutieusement, de montrer sa véritable position dans l'état de repos de la mâchoire, son mécanisme dans l'abaissement de cet os, et enfin d'indiquer son utilité physiologique. Après avoir préparé un grand nombre de fois cette articulation, au moyen des coupes les plus variées, M. Gosselin arrive aux conclusions suivantes :

1° Le fibro-cartilage, au lieu d'être situé horizontalement, ainsi qu'on le disait presque toujours, est placé obliquement, de manière que l'une de ses faces regarde en arrière et correspond à la partie antérieure du condyle, tandis que l'autre est tournée en avant et embrasse la partie postérieure de l'apophyse transverse du temporal.

2° Par le fait même de cette position, le fibro-cartilage se trouve poussé mécaniquement en avant, lorsque la mâchoire inférieure s'abaisse. On sait, en effet, depuis les travaux de Ferrein, que, pendant cet abaissement, le condyle se transporte en avant et vient se placer au-dessous de la racine transverse. Or la position du fibro-cartilage est telle que le condyle ne peut se déplacer ainsi sans le chasser au-devant de lui.

3° Il résulte de ce mécanisme que le condyle, surface convexe, bien qu'il sorte de sa cavité de réception pour se mettre en rapport avec la racine transverse, qui est convexe elle-même, ne cesse pas néanmoins de se trouver en rapport avec une surface concave, celle du fibro-cartilage, d'où une tendance moins grande aux déplacements.

4° L'auteur prouve, en outre, que ce transport du condyle en avant, opéré surtout par le muscle ptérygoïdien externe, a pour effet de rendre l'écartement des mâchoires plus grand qu'il n'eût été si le condyle fût resté toujours dans la cavité glénoïde, et eût représenté un centre de mouvement invariable.

Ces recherches ont été admises et reproduites dans la plupart des ouvrages d'anatomie et de physiologie publiés depuis cette époque ; on les trouve en particulier dans ceux de MM. Cruveilhier, Bérard, Giraldès, etc.

3° Recherches sur l'articulation sterno-claviculaire (*ibid.*).

M. Gosselin donne du fibro-cartilage sterno-claviculaire une description plus détaillée qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Il montre d'abord que les surfaces articulaires du sternum et de la clavicule étudiées sur des os secs, ne sont pas disposées de manière à se réunir en une articulation solide, mais que le fibro-cartilage corrige, en s'adaptant exactement à l'une et à l'autre, leurs mauvaises dispositions. Ce fibro-cartilage présente une face sternale convexe dans un sens, concave dans l'autre, qui forme ainsi, avec le sternum, le genre appelé *emboîtement réciproque* par M. Cruveilhier, tandis que la facette claviculaire est plane et représente, avec la clavicule, une articulation par arthrodie.

L'auteur insiste spécialement sur les connexions du fibro-cartilage avec les deux os de la jointure, connexions telles que cet organe est en même temps un moyen d'union puissant, et a par conséquent un double but qui n'avait pas été aperçu jusque-là, celui de donner aux surfaces articulaires la disposition la plus favorable aux mouvements, et celui d'augmenter la solidité de l'articulation.

4° Recherches sur l'articulation du genou (*ibid.*).

M. Gosselin a fait mieux connaître les connexions des fibro-cartilages semi-lunaires du genou avec le ligament latéral interne et

le ligament croisé postérieur, et a bien expliqué leur mécanisme dans les mouvements de la jointure. Pendant la flexion et l'extension, ces organes accompagnent le tibia en glissant un peu sur lui, comme l'avait déjà dit Borelli. Mais leur rôle est surtout remarquable dans la rotation : celle-ci se passe entre le tibia et les fibro-cartilages, qui représentent alors une articulation par arthrodie, surajoutée à une articulation ginglymoïdale ; et ainsi leur présence permet au genou d'exécuter des mouvements de rotation, sans rien perdre de sa solidité.

5° Recherches sur l'articulation radio-cubitale inférieure (*ibid.*).

Après avoir rappelé l'insertion du fibro-cartilage sur le cubitus d'une part, sur le radius d'autre part, et bien décrit ses deux facettes, qui sont en rapport, l'une avec le carpe, l'autre avec le cubitus, l'auteur est conduit à cette conclusion physiologique nouvelle : le fibro-cartilage, tout en servant de moyen d'union entre les deux os de l'avant-bras, est placé là pour permettre que, dans la pronation comme dans la supination, le carpe trouve toujours les mêmes surfaces de glissement pour la flexion et l'extension de la main. Supposez par la pensée le fibro-cartilage absent et la main tournant avec le radius ; dans ce mouvement la partie interne du carpe abandonnerait nécessairement le cubitus ; or le fibro-cartilage, en tournant en même temps que le radius, permet aux surfaces de glissement de ne jamais s'abandonner.

6° Etudes sur la substance médullaire des os. (*Archives gén. de méd.*, 4e série, t. XX.)

Ce travail, qui a été fait en collaboration avec M. J. Regnauld, a pour but de prouver que la membrane médullaire, si longtemps admise et décrite par tous les anatomistes, mais qu'aucun n'avait

pu montrer, n'existe pas. Pour arriver à cette conclusion, les auteurs ont mis en usage tous les moyens d'investigation anatomique, savoir: l'examen à l'œil nu, l'examen au microscope, le scalpel, les macérations, les réactifs chimiques, les injections fines, et c'est après les avoir tous inutilement essayés, qu'ils ont nié la présence de cette membrane, si embarrassante à chercher pour ceux qui l'admettaient sur la foi des auteurs.

En même temps qu'il émet cette opinion, M. Gosselin fait ressortir la différence qui existe, sous le rapport des proportions de la matière grasse, entre la substance médullaire des enfants et celle des adultes; et, recherchant quels sont les usages de cette substance, il n'en voit pas d'autre que celui de remplir le vide formé par l'agrandissement du canal médullaire, et de tenir incessamment appliqués contre la surface interne de ce canal les vaisseaux destinés à l'os.

7° **Description d'un élément nouveau dans la structure des membranes synoviales,** insérée dans un travail sur les kystes synoviaux de la main et du poignet. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI.)

Les travaux modernes avaient établi que les synoviales se rapprochaient des membranes tégumentaires (peau et muqueuses) par l'existence, dans leur organisation, de deux couches superposées: l'épithélium et la couche celluleuse sous-jacente. Mais l'analogie n'avait pas été poussée plus loin; on n'avait, du moins, indiqué la présence d'aucun élément qui rappelât les papilles et les follicules. De longues études sur les synoviales ont conduit M. Gosselin à la découverte de petits organes analogues à ces derniers. Ce sont des prolongements ou culs-de-sacs que les synoviales articulaires envoient dans l'épaisseur des ligaments, et dont la forme et les dimensions rappellent les éléments sécréteurs les plus sim-

ples des membranes tégumentaires, tels que les follicules utriculaires de l'utérus, les follicules de Lieberkunbn dans l'intestin, les lacunes de Littre et de Morgagni dans l'urèthre.

Ces organes augmentent l'étendue de la surface exhalante et servent, sinon exclusivement, au moins pour une certaine part, à la sécrétion de la synovie. L'auteur a constaté leur présence sur toutes les synoviales articulaires ; il a indiqué leur position dans chacune d'entre elles, leurs connexions avec les tissus fibreux, leurs dimensions et leur nombre qui varient suivant les sujets et suivant les âges.

La connaissance de ces follicules éclaire d'un nouveau jour l'étiologie jusque-là si obscure de certains kystes, et particulièrement de ceux du poignet qu'on connaît sous le nom de ganglions.

En effet, en poursuivant ses recherches, M. Gosselin a constaté que les follicules synoviaux de l'articulation radio-carpienne s'oblitéraient souvent au niveau de leur goulot, et que le produit de sécrétion, en s'amassant dans la cavité du follicule, donnait lieu à la formation d'une tumeur analogue aux kystes sébacés et muqueux des membranes tégumentaires.

Ces recherches ont été récompensées par l'Académie des sciences en 1854; elles ont été reproduites dans la dernière édition du Traité d'anatomie descriptive de M. Cruveilhier, et adoptées par la plupart des anatomistes contemporains.

8° Recherches sur les synoviales tendineuses des fléchisseurs des doigts (*ibid.*).

Les auteurs classiques avaient donné une description peu uniforme des synoviales qui facilitent le glissement des tendons fléchisseurs à la partie antérieure du poignet; ils n'étaient d'accord ni sur le nombre, ni sur le prolongement de ces synoviales. Cha-

cun d'eux cependant présentait comme normale et invariable la disposition qu'il décrivait; il résultait de cette divergence que les pathologistes ne pouvaient pas mettre en rapport avec les dispositions anatomiques, les signes fournis par certaines maladies. M. Gosselin a éclairé ce sujet par la dissection minutieuse de plus de soixantes mains d'adultes et d'enfants. Ses recherches lui ont fait voir que l'obscurité du sujet tenait à ce que les synoviales dont il s'agit présentent des variétés qu'on n'avait pas appréciées, faute d'avoir examiné comparativement un assez grand nombre de pièces. Au milieu de ces variétés, qui sont dues aux modifications apportées par les glissements réitérés des tendons, il est cependant une disposition régulière : c'est celle que l'on rencontre chez les fœtus à terme, chez les enfants qui n'ont pas encore beaucoup exercé leurs muscles, et chez les femmes dont les mains sont rarement employées à des exercices violents; celles d'ailleurs que l'on retrouve chez le plus grand nombre des sujets. M. Gosselin l'a fait dessiner et en a donné la description. Il a montré que, dans l'état normal, les synoviales sont au nombre de deux : l'une externe, destinée au fléchisseur propre du pouce, et qui l'accompagne jusqu'au niveau de la deuxième phalange; l'autre interne, qui fournit une gaîne aux tendons fléchisseurs du petit doigt et de l'annulaire. L'auteur, après avoir indiqué minutieusement les dispositions relatives du feuillet pariétal et des feuillets tendineux, arrive ensuite à la description des variétés les plus fréquentes, celles qui éclaircissent le mieux la symptomatologie des tumeurs synoviales de la région, et dont la connaissance est par conséquent très-utile au chirurgien.

9° Mémoire sur la relation qui existe entre le degré de vascularisation de la substance séminifère et la sécrétion des spermatozoïdes.

Dans ce travail, qui est consigné sous ce titre : *Anémie testiculaire*,

dans une note additionnelle de sa traduction de Curling, M. Gosselin démontre que, si le testicule ne reçoit pas la quantité de sang qui lui est normalement dévolue, il ne sécrète pas de spermatozoïdes. Il le prouve par l'étude des cadavres sur lesquels certaines lésions ont empêché l'un des testicules de recevoir autant de sang que l'autre. En pareil cas, le premier, sans avoir rien perdu de son volume ni de ses tubes séminifères, a son parenchyme plus pâle que le second; ses voies excrétoires renferment un liquide tout à fait dépourvu de spermatozoïdes, tandis que celles de l'autre en contiennent beaucoup.

Les conditions anatomiques sous l'influence desquelles le degré de vascularisation du testicule peut diminuer sont variées; mais, en première ligne, il faut en placer une qui est loin d'avoir été soupçonnée jusqu'à ce jour, savoir, l'oblitération complète de la tunique vaginale. Quelle qu'en doive être l'explication, M. Gosselin est en mesure de poser comme une loi anatomo-physiologique que, quand la tunique vaginale disparaît en l'oblitérant, le parenchyme testiculaire ne reçoit plus assez de sang pour sécréter des spermatozoïdes.

10° Recherches sur la glande lacrymale. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. III, p. 202.)

On a dit, depuis Sténon, que la glande lacrymale avait dix à douze canaux excréteurs.

L'auteur est parvenu, chez le mouton et chez l'homme, à injecter, ce qui est fort difficile, ces canaux et leurs ramifications. Les pièces, qui ont été déposées au musée de la Faculté, ont démontré péremptoirement qu'il n'y avait, pour la portion orbitaire de la glande, que deux ou trois canaux excréteurs. Les autres, au lieu de venir de cette même glande, ne sont que les canaux excréteurs des glandes isolées et accessoires, placées dans

l'épaisseur des paupières supérieures, et qui constituent la ponction dite palpébrale de la glande lacrymale.

Ces glandules isolées sécrètent sans doute aussi des larmes et peuvent suppléer la glande principale, quand celle-ci a été enlevée par une opération, comme dans les faits de MM. Tood, Mackenzie, J. Cloquet.

11° Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil. (*Gazette hebdomadaire*, 1855, p. 682.)

L'auteur a découvert et a prouvé par une série d'expériences sur les chiens et les lapins, que divers liquides, et spécialement les solutions d'iodure de potassium et de sulfate d'atropine, mises en contact avec l'œil, passaient à travers la cornée et séjournaient pendant un certain temps dans la chambre antérieure. Il a démontré que c'était par suite de ce passage et par le contact immédiat avec l'iris qui en était la conséquence, que la belladone produisait son action mydriatique absolument inexpliquée jusque-là. Ce travail a été honoré d'une récompense par l'Académie des sciences en 1856.

A propos de l'infiltration urineuse, M. Gosselin signale à l'attention des chirurgiens l'abcès périnéal profond qui la précède et l'accompagne. Cet abcès est d'abord un moyen de diagnostic, car le phlegmon diffus du scrotum a beaucoup d'analogie avec l'infiltration urineuse. Mais il en diffère par cette circonstance qu'il ne s'accompagne pas du gonflement périnéal considérable, avec fluctuation profonde, qui existe dans l'infiltration urineuse. Cet abcès est en outre un des éléments principaux du traitement. Celui-ci n'est complet, en effet, que si l'on a ouvert des issues pour l'écoulement du liquide infiltré et de celui qui pourrait être amené ultérieurement par les efforts de la miction. Pour cela il ne suffit pas, comme on l'a fait trop souvent, de faire sur le

scrotum les longues incisions recommandées par tous les auteurs.. Il faut encore, et c'est même par là qu'on doit commencer, faire une longue et profonde incision sur le foyer périnéal. Ce foyer correspond à l'ouverture anormale de l'urèthre qui laisse passer l'urine. Du moment où il est bien ouvert, l'urine, à chacune des mictions, a bien plus de tendance à s'échapper de suite au dehors qu'à se diriger du côté des bourses, et l'incision dont il s'agit a par conséquent le grand avantage de mettre à l'abri de ces continuations de l'infiltration, qu'on a observées dans les cas où, s'occupant de la portion scrotale de la maladie, on avait négligé la portion périnéale.

12° Observations sur la durée du mouvement des cils vibratiles après la mort. (*Mémoires de la Société de biologie*, t. III.)

Pendant son exercice, comme chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine, M. Gosselin a étudié, sur le cadavre de plusieurs suppliciés, la durée du mouvement des cils de l'épithélium vibratile. Cette étude, qui avait été faite sur quelques animaux inférieurs par Purkinje, Valentin et Muller, n'avait pas encore été faite chez l'homme. En soumettant à l'examen microscopique, heure par heure, des fragments de l'épithélium des voies respiratoires, M. Gosselin a constaté que ces mouvements continuaient tant que la putréfaction n'avait pas envahi la muqueuse, c'est-à-dire pendant vingt-quatre, quarante-huit ou soixante-dix heures, suivant la température à laquelle le sujet était exposé.

13° Recherches sur l'orifice du sinus maxillaire. (*Mémoires de la Société de biologie*, t. III.)

Les descriptions données par les auteurs classiques à propos de l'ostéologie, sont propres à faire penser que cet orifice, creusé sur

l'os maxillaire et limité par le cornet inférieur au bas, le palatin en arrière, l'ethmoïde en haut, occupe la partie moyenne du méat moyen, et se trouve à peu près au niveau du bord inférieur du cornet, à 5 ou 6 centimètres en arrière de la narine. Parmi ces auteurs, les uns donnent la même description à propos de l'étude des fosses nasales, les autres placent l'orifice du sinus maxillaire plus haut et plus en avant, dans un endroit où il est difficile à apercevoir ; quelques-uns disent qu'il y a parfois deux ouvertures, mais ne s'expliquent pas sur la question de savoir laquelle, dans ces cas, est la plus régulière et laquelle est anormale.

Il y a donc sur ce point un peu d'incertitude, lorsqu'on s'en tient seulement aux connaissances qui nous sont fournies par nos traités d'anatomie.

Il est vrai que les auteurs de pathologie sont plus précis. Ceux d'entre eux surtout qui ont fait une étude spéciale des maladies du sinus maxillaire, tels que Jourdain, dans son *Traité des maladies de la bouche*, t. 1 ; Bordenave, dans son mémoire inséré dans le t. IV de l'Académie de chirurgie, n'ont étudié le sinus que sur des pièces fraîches, et ont placé son orifice à la partie supérieure et un peu antérieure du cornet moyen, et non vers sa partie moyenne.

Les deux auteurs que nous venons de nommer ont même assez bien indiqué la position, les dimensions, la direction de l'ouverture.

Cette contradiction entre les auteurs d'anatomie et ceux de pathologie répand encore un peu d'incertitude sur ce sujet. Pour la faire cesser, il suffit d'examiner comparativement un certain nombre de sinus maxillaires ; c'est le résultat d'une étude de ce genre que l'auteur a soumis à la Société de biologie.

L'orifice du sinus maxillaire est le plus souvent unique, quelquefois il est double.

Lorsqu'il est unique, il se trouve à la partie supérieure, interne

et antérieure du sinus, où il représente une sorte d'infundibulum tantôt arrondi, tantôt allongé d'avant en arrière. Cet infundibulum est le commencement d'un canal, long de 5 ou 6 millimètres, qui se dirige quelquefois transversalement et le plus souvent de bas en haut, d'autres fois décrit une courbe à convexité supérieure et à concavité inférieure. Il vient s'ouvrir vers la partie antérieure du méat moyen, dans une rainure profonde, qui résulte de la jonction du maxillaire supérieur avec l'ethmoïde, et que l'on appelle *infundibulum*. Au niveau de cette ouverture, la muqueuse forme quelquefois un repli; mais cette disposition n'est pas constante. La rainure du méat moyen, au fond de laquelle se trouve l'orifice du sinus maxillaire, le masque entièrement, de même qu'elle masque deux autres orifices placés à son niveau, mais plus en avant et plus en haut; l'un est celui du sinus fontal (orifice naso-frontal), l'autre est celui des cellules ethmoïdales antérieures (orifice naso-ethmoïdal antérieur).

Cet orifice du sinus maxillaire, que l'auteur appelle, pour le distinguer des deux précédents, *naso-maxillaire*, est en définitive placé de telle façon que les liquides accumulés dans la cavité ne pourraient pas en sortir pendant la station verticale, et ne sont évacués que dans la position horizontale ou pendant les inclinaisons latérales forcées de la tête.

Lorsqu'il y a deux orifices, le premier est celui qui vient d'être désigné; le second se trouve à la place indiquée par beaucoup d'anatomistes, c'est-à-dire à la partie moyenne du méat moyen, à peu près sur le même plan que le bord inférieur du cornet, et au niveau du large hiatus que présente, sur la pièce desséchée, le maxillaire supérieur. Tantôt il est très-étroit, tantôt il est plus large; en tout cas, il n'est pas abrité par une rigole, comme le précédent, et il se trouve un peu déclive, par conséquent mieux disposé pour l'écoulement des liquides.

La plus constante et la plus normale de ces dispositions est la

première, celle dans laquelle l'orifice est unique et placé en haut et en avant; c'est elle que l'on trouve chez le fœtus à terme et chez les enfants. L'existence du second orifice est accidentelle, et ne se rencontre que sur les sujets adultes ou les vieillards, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés en même temps.

III. TRAVAUX DIDACTIQUES.

M. Gosselin a publié en outre :

1° Le *Compendium de chirurgie pratique*, en collaboration avec M. le professeur Denonvilliers, ouvrage dans lequel toutes les questions chirurgicales sont discutées et jugées. Trois volumes grand in-8° sur deux colonnes ont paru.

2° Le traité théorique et pratique des *Maladies des yeux*, en collaboration avec M. Denonvilliers, et extrait de l'ouvrage précédent (1855);

3° La traduction de l'ouvrage anglais de Curling sur les *Maladies des testicules* (1857), avec de nombreuses notes et additions par le traducteur;

4° Un volume de ses leçons sur les Hernies, publiées par le Dr Léon Labbé (1865).

5° Une monographie sur les hémorrhoïdes (1866).

6° Les articles : *Agents anesthésiques* du supplément au Dictionnaire des Dictionnaires; *Anus* (maladies de l'), *Agglutinatifs*, *Blépharite*, *Conjonctivite*, *Hernie crurale*, *Erysipèle*, du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques;

7° Quatre thèses de concours :

De l'étranglement dans les hernies (1844) ;

Le système nerveux ganglionnaire, ses connexions avec le système nerveux cérébro spinal (1846) ;

Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx (1850) ;

Des pansements rares (1851).

8° Des observations isolées dans les journaux de médecine et plusieurs rapports dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie et dans ceux de l'Académie de médecine.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.